

La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso

Raquel Sanz-Moreno*

Resumen: Actualmente, la interpretación en el ámbito sanitario se caracteriza por una casuística que varía entre comunidades autónomas e incluso entre hospitales de una misma provincia. El presente estudio exploratorio cualitativo pretende esbozar el panorama de la interpretación en los hospitales de Valencia, dando la palabra al personal sanitario que trabaja habitualmente con pacientes extranjeros y que, por tanto, debe gestionar la comunicación con estos. Mediante un cuestionario y sendas entrevistas personales, analizaremos las ventajas e inconvenientes de las distintas modalidades de interpretación que se dan en los hospitales valencianos de acuerdo con la experiencia de los médicos entrevistados. Además, realizaremos una propuesta en relación con las competencias que un intérprete profesional debe reunir para trabajar en este contexto, atendiendo a la práctica y la opinión del personal sanitario.

Palabras clave: interpretación médica, interpretación telefónica, estudio exploratorio cualitativo, competencias, opinión de los médicos.

Interpreting in hospitals: The opinions of healthcare personnel

Abstract: In Spain, interpreting in the healthcare settings is currently characterised by a case diversity which varies across regions in the country and even among hospitals within the same region. The present exploratory qualitative study intends to provide an overview of interpreting at hospitals in Valencia by listening to healthcare staff who regularly treat foreign patients and who must therefore manage the communication with them. By means of a questionnaire and a series of personal interviews, we analyze the advantages and disadvantages of the different interpretation modalities offered at hospitals in Valencia on the basis of the personal experience of the doctors interviewed. Moreover, we make a proposal regarding the skills a professional interpreter should master in order to work in this environment according to the health personnel's practice and opinions.

Keywords: healthcare interpreting, phone interpreting, qualitative exploratory study, skills, physician opinions.

Panace@ 2018; XIX (47): 67-75

Recibido: 20.IV.2018. Aceptado: 20.V.2018

1. Introducción

Hoy en día, en España, la situación de la interpretación en el ámbito médico-sanitario se caracteriza por una gran heterogeneidad no solo dentro de las propias comunidades autónomas, sino también en cada hospital o centro sanitario. En el conjunto del territorio español hay más de 5 millones de extranjeros residentes habituales, bien por razones profesionales, bien porque España sigue siendo uno de los destinos preferidos de los jubilados europeos, que provienen mayoritariamente de Alemania, Reino Unido o Francia, entre otros. Pero además, nuestro país recibió a más de 82 millones de turistas provenientes de todo el mundo en el año 2017, y más de 60 000 estudiantes internacionales eligen nuestro país para realizar estancias de intercambio de estudios universitarios o investigaciones en numerosos ámbitos¹. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la provincia de Valencia residen 237 624 ciudadanos extranjeros. Pero además, durante el año 2017, 8 517 973 turistas visitaron la Comunidad Valenciana, provenientes mayoritariamente de Reino Unido, Francia y países nórdicos. A esto se suma que el fenómeno conocido como «turismo sanitario» o «turismo de salud», entendido como el proceso por el cual una persona viaja con la intención

de recibir servicios de salud en un país diferente de aquel en el que reside habitualmente, no hace más que aumentar en los últimos años (AUREN, 2013).

¿Cómo se garantiza la comunicación de los ciudadanos extranjeros con el personal sanitario que los atiende? A día de hoy, la situación de la interpretación en los hospitales españoles sigue siendo muy diversa en términos de casuística. La mayor parte de los pacientes extranjeros acuden a los centros hospitalarios acompañados por familiares o amigos que conocen la lengua española y que los asisten realizando una interpretación no profesional. En consecuencia, la interpretación resulta rudimentaria y se reduce en el mejor de los casos a una traducción literal, palabra por palabra, lo que da lugar a numerosos problemas de comprensión. Y aunque es cierto que algunos hospitales disponen de intérpretes o mediadores culturales en plantilla, los problemas de comunicación siguen planteándose para las lenguas más desconocidas por los sanitarios en general (lenguas árabes o africanas, por ejemplo).

Este artículo presenta los resultados de un estudio exploratorio cualitativo sobre la opinión que los profesionales del ámbito médico-sanitario tienen sobre la interpretación que se realiza actualmente en los hospitales valencianos.

* Departamento de Teoría de los Lenguajes y Comunicación. Facultad de Filología, Traducción y Comunicación. Universitat de València (España). Dirección para correspondencia: Raquel.Sanz-Moreno@uv.es.

Comenzaremos esbozando un panorama general de la situación de la interpretación sanitaria en España, basándonos en los trabajos publicados hasta el momento. Después de presentar brevemente las características de nuestros informantes (hospitales en los que trabajan, servicios a los que están adscritos, etc.), describiremos sus experiencias con intérpretes o mediadores en los servicios hospitalarios en las tres modalidades que hemos detectado que se dan con más frecuencia: interpretación mediante familiares o amigos del paciente, interpretación a través de llamada telefónica con un intérprete profesional e interpretación con presencia *in situ* de un intérprete profesional adscrito al servicio hospitalario. Analizaremos las ventajas e inconvenientes que, según el colectivo médico, tiene cada una de estas modalidades, y expondremos sus opiniones sobre la necesidad de contar con intérpretes profesionales en este ámbito. Por último, nos centraremos en las competencias que, según este colectivo, deben reunir los intérpretes a la hora de abordar la labor interpretativa en los centros sanitarios.

2. Interpretación sanitaria en España: panorama general

La situación de la interpretación sanitaria en España se encuentra, como en el caso de las demás submodalidades de interpretación en los servicios públicos, «en una fase claramente pre-profesional» (Martín, 2007: 99). El intérprete o mediador cultural no es todavía una figura profesional plenamente reconocida o perfilada (Navaza *et al.*, 2009: 141) y su presencia sigue siendo excepcional. Y esto a pesar de que la legislación estatal y autonómica recoge una preocupación evidente por garantizar la comprensión de todos los pacientes que acuden a un centro sanitario, entre los que obviamente se incluyen los pacientes extranjeros. De hecho, la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, recoge en su artículo 3, apartado 7:

[E]l derecho a recibir información sanitaria en la forma más idónea para su comprensión, y especialmente en la lengua oficial de la comunidad autónoma, y asegurarse que aquella sea inteligible para los pacientes. No obstante lo dispuesto en este punto, y en la medida que la planificación sanitaria lo permita, **los centros y servicios sanitarios implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los usuarios extranjeros.**

Más de diez años después, la ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana transcribe literalmente esta obligación en su artículo 50. Por el momento, esta ley no se ha desarrollado en el preceptivo reglamento, a pesar de la recomendación del Defensor del Pueblo en julio de 2017. Por tanto, no podemos saber qué entiende la ley por «medios necesarios», pero todo parece indicar que hace referencia a la necesidad de contar con servicios de intermediación lingüística y cultural para facilitar la comunicación con los pacientes que no hablen español. Dada la falta de concreción de la norma, son posibles

varias opciones para la *Conselleria de Sanitat*, que podría optar por implantar un servicio de interpretación telefónica o telemática, o incluso incluir a intérpretes profesionales en los servicios sanitarios.

Numerosos autores han realizado sendos estudios descriptivos sobre la situación de la interpretación sanitaria en distintas comunidades autónomas. Ya en 2009, García Luque esbozaba el panorama de la interpretación en el Servicio Andaluz de Salud y constataba la existencia de un servicio de teletraducción que contaba con profesionales con formación reglada. La autora reflexiona sobre la didáctica de la interpretación telefónica y sobre la necesidad de conocimientos temáticos por parte de los intérpretes, algo en lo que incidiremos más adelante. Las autoras Burdeus y Arumí han realizado un estudio sobre la interpretación sanitaria en Barcelona, constatando la presencia de *agentes comunitarios de la salud* o *mediadores culturales* en determinados hospitales catalanes, aunque su situación contractual es muy precaria, ya que depende de «convenios o proyectos que cada centro ha firmado con una entidad externa» (2012: 30). En general, la interpretación telefónica se entiende como un servicio complementario a la interpretación presencial (*ibid.*: 21). En el mismo sentido, Puyol Gil y Martín Galacho presentan una interesante iniciativa llevada a cabo en el hospital madrileño Ramón y Cajal que incluye, entre otros elementos, una campaña de sensibilización del personal sanitario, una campaña de divulgación y una formación de mediadores culturales (2012: 24-25). Asimismo, Valverde esboza el panorama de la interpretación sanitaria en Murcia, y concluye que «el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia es el único hospital de la Región donde se ofrece el servicio de mediación intercultural» (2013: 389), apuntando a la necesidad de extender la figura del mediador en otros hospitales de la región. Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017) describen la implantación de un programa de intermediación cultural en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha llevado a cabo entre 2012 y 2015, y que comprendía servicios de interpretación telefónica multilingüe, guías multilingües para pacientes, mediación intercultural y formación de profesionales. En esta misma línea, del Pozo Triviño y Campillo Rey (2016) analizan dos empresas proveedoras de servicios de interpretación en varias comunidades autónomas que atienden, entre otros, a hospitales y centros sanitarios a través de interpretación telefónica. Mención aparte merecen los trabajos sobre intermediación lingüística y cultural en el ámbito de la salud mental llevados a cabo por el grupo CRIT (2014, 2015), que extraen como conclusión el hecho de que es indispensable trabajar con mediadores culturales presenciales.

A pesar de que, de forma general, Raga Gimeno afirma que «las experiencias que se vienen desarrollando avalan que la presencia generalizada de mediadores interculturales en ambulatorios, centros de salud y hospitales garantiza una mejora en el acceso de la población extranjera a la sanidad» (2006), lo cierto es que la presencia de servicios de interpretación y mediación cultural en hospitales valencianos no está tan extendida como sería deseable, como veremos a continuación.

3. Metodología de estudio

El trabajo que aquí presentamos es un estudio de corte exploratorio y carácter cualitativo y, en menor medida, cuantitativo. Su objetivo es dar una visión general, de tipo aproximativo, de la realidad actual en los hospitales de Valencia. Para ello, partimos de las experiencias particulares con pacientes extranjeros de médicos y personal sanitario actualmente en ejercicio en la provincia de Valencia. Por tanto, siguiendo un método inductivo, partimos de experiencias concretas para intentar establecer conclusiones más generales.

La obtención de datos se ha realizado combinando un instrumento de medición característico del método cuantitativo, el cuestionario, con las entrevistas personales semiestructuradas. De esta forma, el cuestionario ha proporcionado datos objetivos y fácilmente medibles, lo que nos ha permitido establecer unas conclusiones preliminares y describir el panorama general de la situación de la interpretación en el ámbito sanitario en la provincia de Valencia. En un segundo momento hemos entrevistado a seis médicos con más profundidad, con el fin de desarrollar la información obtenida.

3.1. Instrumentos de medición: el cuestionario

3.1.1. El cuestionario

El cuestionario es uno de los instrumentos de medición y recolección de datos que se utiliza con más frecuencia en investigación en traductología y, en particular, en estudios de corte cuantitativo. De forma general, se trata de una relación de preguntas formuladas por escrito a personas cuyas opiniones, experiencias o habilidades nos interesan (Blaxter *et al.*, 2000; Hernández *et al.*, 2006). En este caso diseñamos un cuestionario autoadministrado en la plataforma Google Docs; es decir, un cuestionario en línea que los participantes debían rellenar. Se facilitó el acceso al cuestionario a través de un mensaje de correo electrónico en el que se incluía un enlace hacia el sitio web que lo hospedaba.

El cuestionario propuesto es un instrumento de recolección y análisis con numerosas ventajas: es un diseño económico que resulta muy cómodo, ya que el participante recibía el cuestionario en su correo y, por tanto, podía rellenarlo cuándo y dónde lo considerara conveniente. El propio formato garantiza el anonimato, y el tratamiento de los datos es confidencial; por otra parte, su cumplimentación es más rápida (se hacía constar en el encabezamiento del cuestionario el tiempo que se empleaba en rellenarlo, que en este caso no superaba los 15 minutos) y tanto el envío como la obtención de datos es prácticamente automática.

La encuesta en línea también permitía dos formas de difusión del cuestionario: el envío personalizado a aquellos participantes que conocíamos bien directamente, bien a través de otros contactos; pero también favorecía el muestreo de bola de nieve: es decir, que estos a su vez reenviaran el cuestionario a sus contactos, obteniendo así una mayor respuesta.

Por último, es preciso indicar que el cuestionario está compuesto por 20 preguntas de todo tipo: preguntas cerradas, que contienen categorías o alternativas de respuesta previamente delimitadas; abiertas, en las que no se delimita de antemano la respuesta; y de evaluación en una escala Likert (de

0 a 5 puntos). La diversidad de las preguntas dificulta *a priori* su análisis pero enriquece las respuestas aportadas, y por tanto nos proporciona una visión mucho más completa de la situación real que se vive en los hospitales valencianos.

3.1.2. La entrevista personal

Las entrevistas se realizaron en los meses de febrero a abril de 2018. Dado que los horarios a los que estaban sujetos numerosos profesionales participantes impedían fijar una cita, todas ellas se realizaron por teléfono. Todas se grabaron, previo consentimiento de los informantes, y se transcribieron aquellos pasajes que consideramos relevantes para el estudio. Las entrevistas duraron 46 minutos de media y, aunque partíamos de preguntas concretas, el informante aportaba los datos que consideraba que podrían ser interesantes para nosotros. En el primer bloque de preguntas perseguíamos averiguar las modalidades de interpretación que se daban con más frecuencia en los hospitales valencianos y la opinión del personal sanitario sobre ellas. Por otra parte, el segundo bloque pretendía determinar la consideración que merecían las competencias que, según los criterios del personal médico y su experiencia, debía reunir un intérprete profesional en el ámbito sanitario.

4. Resultados

4.1. Caracterización de los informantes

Para la obtención de una muestra significativa y representativa, establecimos una serie de criterios que debían cumplir los informantes para ser seleccionados. Los miembros del personal sanitario que podían participar en nuestro estudio debían:

- Estar en la actualidad en ejercicio y debidamente colegiados en el colegio profesional correspondiente.
- Estar adscritos a un servicio determinado y poseer la correspondiente especialidad.
- Poseer más de 5 años de experiencia profesional (sin contar el periodo de residencia MIR).
- Trabajar en uno de los hospitales públicos o bajo gestión de concesión de la provincia de Valencia².
- Haber tenido que relacionarse con pacientes extranjeros³.

En función de estos criterios se hizo llegar el cuestionario a los distintos hospitales valencianos para su difusión. Finalmente, obtuvimos las respuestas de 67 informantes, cuyo hospital y especialidad se incluyen en las tablas 1 y 2. La muestra generó una media de 18,8 años de experiencia profesional; todos los informantes tratan habitualmente a pacientes extranjeros que no hablan español, por lo que han tenido que comunicarse sin conocer la lengua del paciente⁴.

Tabla 1. Informantes y hospitales de procedencia

Hospital	N.º de Informantes
Hospital Universitario Dr. Peset	30
Hospital Universitario y Politécnico La Fe	18
Hospital de La Ribera	1

Tabla 1 (cont.). Informantes y hospitales de procedencia

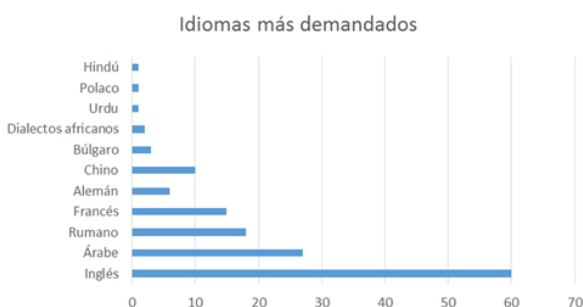
Hospital	N.º de Informantes
Hospital Clínico Universitario	2
Hospital de Requena	7
Hospital Arnau de Vilanova	2
Hospital de Alcoy	1
Hospital General	1
Hospital de Xàtiva	1
Otros	4
Total	67

Tabla 2. Especialidades de los informantes

Especialidad	N.º de Informantes
Anestesiología y reanimación	24
Ginecología y obstetricia	8
Cirugía (general + vascular)	6
Medicina intensiva	1
Medicina interna	1
Otorrinolaringología	1
Cirugía ortopédica y traumatología	4
Psiquiatría	2
Cardiología	10
Neonatología	1
Radiología	1
Oncología médica	1
Pediatría	1
UCI	1
Hospitalización	1
Alergología	3
Hematología	1
Total	67

4.2. Idiomas más demandados y países de procedencia

Los informantes estaban adscritos a doce hospitales distintos de la provincia de Valencia y desarrollaban actividad clínica en 17 especialidades diferentes. Todos ellos han tratado con pacientes extranjeros a lo largo de sus carreras. Según el personal sanitario, los idiomas que actualmente se demandan más en los hospitales valencianos son el inglés, el árabe y el rumano (véase figura 1). Por otra parte, los países de procedencia de estos pacientes son, mayoritariamente, Marruecos, Rumanía, Reino Unido y China (véase figura 2).

**Figura 1.** Idiomas más demandados en los hospitales valencianos**Figura 2.** Países de procedencia de pacientes extranjeros

La modalidad de interpretación a la que los profesionales se han enfrentado con mayor frecuencia es la que realiza un familiar o amigo del paciente (54), mientras que se señala la interpretación telefónica y la presencia de un intérprete profesional como modalidades muy residuales (señaladas solo por 16 informantes). De hecho, los informantes indican que, en el caso de la interpretación por teléfono «se hacía mucho tiempo, ahora creo que ya no se hace» (I53); o en el caso de un mediador presente en la consulta, «hace unos años había una becaria pero creo que estuvo solo seis meses. No tenía conocimientos especializados. Y después, con la crisis, ya no vino nadie más» (I17). A continuación analizaremos con más profundidad cada una de estas modalidades.

4.3. Modalidades de interpretación más frecuentes en el ámbito sanitario. Ventajas e inconvenientes

4.3.1. Interpretación por familiares o amigos

Los informantes han explicado que, en gran mayoría de casos, el paciente extranjero acude al hospital acompañado de un familiar o amigo que conoce la lengua y que traduce las palabras que el personal sanitario le comunica. De forma general, indican que no son personas bilingües, sino meras conocedoras del español. Como refiere uno de ellos, «[A] veces incluso dudo de que la persona que traduce entienda muy bien lo que le digo. No parece que sepa muy bien español; lo habla y entiende mejor que el paciente, eso sí. Pero no lo entiende todo». En el mismo sentido, I7 afirma que «[E]l familiar hace una interpretación de la información que ignoro si llega al paciente»; asimismo, I13 manifiesta que «[C]on frecuencia, los

familiares tampoco tienen un gran nivel de español como para entender problemas médicos». Únicamente dos facultativos han manifestado que los familiares hablaban perfectamente español.

Esta modalidad de interpretación presenta numerosos inconvenientes, además del meramente lingüístico, que han sido señalados por los informantes:

- Ausencia de dominio de la lengua española.
- Ausencia de conocimiento de la terminología médica.
- Dificultad a la hora de garantizar la fidelidad de la interpretación del mensaje, que se acentúa sobre todo en aquellas lenguas desconocidas por el personal sanitario. Este desconocimiento genera cierta desconfianza sobre la exactitud del contenido de la interpretación.
- Dificultad a la hora de garantizar la imparcialidad. En opinión del personal sanitario entrevistado, «[Es]difícil mantener la neutralidad cuando se interpreta para un familiar o amigo. En estos casos, a menudo, el familiar puede dar su opinión, añadir o eliminar información, hacer preguntas por iniciativa propia etc.». El hecho de que el intérprete sea un familiar resulta especialmente incómodo en algunas especialidades como en oncología o ginecología.
- Dificultad a la hora de garantizar la confidencialidad, algo que se señala en las especialidades de ginecología, psiquiatría y anestesiología.

Sin embargo, algunos informantes han indicado que contar con un familiar también presenta ciertas ventajas:

- Comodidad y disponibilidad inmediata. El familiar está en ese momento y en ese lugar.
- Confianza. El paciente confía en su familiar como mediador e intérprete y, en la mayoría de las ocasiones, se siente cómodo ante su presencia. Cuestión distinta es la percepción que tiene el facultativo, que no está seguro, en numerosas ocasiones, de que se transmite exactamente el mensaje que quiere hacer llegar al paciente.
- Conocimiento de las diferencias culturales. Dado que el familiar o amigo normalmente comparte sus orígenes (países de procedencia, cultura compartida), es conocedor de su cultura, por lo que puede mediar en el caso de que las diferencias culturales plantearan algún problema de comunicación.

La percepción de los profesionales médicos respecto a la interpretación realizada por un familiar es, en general, buena. De hecho, la valoración ha alcanzado un 3,13/5. Es necesario señalar que esta evaluación deriva directamente de lo que percibe el profesional que, de manera general, encuentra útil la presencia de un familiar para conseguir su objetivo: transmitir una información médica e intentar comunicarse de la mejor manera posible, y con los medios de que dispone, con el paciente.

4.3.2. Interpretación telefónica

Solo nueve informantes manifiestan que han recurrido a la interpretación telefónica cuando se han tenido que comunicar con pacientes extranjeros, y provienen del Hospital Dr. Peset, el Hospital La Fe, el Hospital de Requena y el Hospital de Xàtiva. Sin embargo, el 32,3 % de los encuestados desconoce si existe este servicio en su hospital: «Podría estar bien» o «Para casos de urgencia o de extrema necesidad, podría ser una opción interesante»; el 48,4 % afirma que este servicio no existe en su hospital.

Por otra parte, los pocos informantes que han recurrido a la interpretación telefónica en algún momento a lo largo de su carrera manifiestan que lo hicieron por motivos de urgencia (5) o porque el paciente acudía solo sin ningún familiar (3), pero siempre de manera excepcional. La valoración numérica ha sido positiva, puesto que ha obtenido un 3,2/5, aunque las opiniones no han ido en el mismo sentido: «Resultaba extraño, porque teníamos que hablar al teléfono, y la comunicación no era fluida» (123). Entre los inconvenientes que presenta esta modalidad para los facultativos destacamos:

- Ausencia física del intérprete. Al no conocer personalmente al intérprete, el personal sanitario refiere cierta pérdida de confianza en la profesionalidad del que está al otro lado del teléfono.
- Dificultad en la comprensión del paciente y del intérprete en función del contexto. Un anestesta refiere que mantener una conversación a tres con un paciente que está en reanimación y con lo que eso conlleva (normalmente estos pacientes pueden hablar muy poco) fue especialmente difícil, sobre todo porque el intérprete no podía ver el estado en el que se encontraba el paciente.
- Pérdida de fluidez en la interacción con el paciente.
- Dificultades técnicas: malas conexiones telefónicas, mal funcionamiento de los altavoces, etc.

Los informantes no han indicado ninguna ventaja de esta modalidad de interpretación. Esto se explica porque solo un 23,1 % de los encuestados afirma que existe este servicio de interpretación en su hospital y casi un 60 % desconoce las opciones de las que dispone para comunicarse con pacientes extranjeros. El que su uso haya sido excepcional y que ninguno de los encuestados que lo utilizó recibiera ninguna instrucción o formación más de allá de la explicación de lo que es una llamada a tres acentúa el desconocimiento de las ventajas que esta modalidad de interpretación presenta.

4.3.3. Interpretación profesional presencial

Cerca de la mitad de los informantes afirma que no existe servicio de interpretación presencial en su hospital, mientras que un 32,3 % afirma que no lo sabe. Sin embargo, solo el 20 % es conocedor de la existencia de un servicio en plantilla. Al respecto, cinco informantes del Hospital Universitario La Fe declaran que hace unos años, «antes de la crisis, había una intérprete becada en el hospital. Ahora no sé si sigue habiendo este servicio». La mayoría indica que se trata de un servicio

imprescindible, aunque no se presta de forma habitual. Y algunos facultativos intentan dar una explicación a la ausencia de intérpretes, además de la crisis económica: «No es absolutamente necesario. En general, vienen con parientes que hablan español», o «Se necesitarían sobre todo para urgencias. Tendría que haber disponibilidad total de horario». En el mismo sentido, otro médico afirma que «tendría que haber uno en urgencias 24 horas al día y no es viable».

Sin embargo, y a pesar de que es la modalidad de interpretación a la que parece que se han enfrentado con menos frecuencia, su valoración es la más alta de las tres: 3,6/5; ello nos permite deducir que la experiencia con un intérprete profesional presencial es la mejor de las tres expuestas en el presente estudio, según los encuestados. Las ventajas que se aducen que tiene el contar con un intérprete presencial son las siguientes:

- Garantía de confidencialidad.
- Garantía de fidelidad del mensaje interpretado; contar con un profesional genera más confianza en el facultativo, que puede creer que el mensaje se transmite de forma exacta y completa.
- Desarrollo de mayor confianza en la relación médico-paciente.
- Desarrollo de estrategias de colaboración con el paciente para garantizar la comunicación fluida y eficaz (determinar turnos de palabra, explicación de términos especializados, etc.).
- Mayor visibilidad del intérprete.
- Mayor fluidez en la comunicación, lo que permite acortar los tiempos de consulta. Es necesario señalar que aunque se indica como una ventaja en este caso, sí plantea problemas la carencia de disponibilidad directa del intérprete en el hospital. «A veces, sobre todo en urgencias, si es una lengua más rara hay que llamarlo, que acuda, ponerlo en antecedentes... y eso ralentiza mucho el proceso. Si hay un familiar, aprovechamos, porque en esas circunstancias no se puede perder tiempo. Pero con consultas, podrían planificarse con tiempo aquellas que requieren interpretación. Así, se acortarían los tiempos de espera y se garantizaría un mejor servicio al paciente» (I28).

No obstante, el principal obstáculo que detecta el personal sanitario es la falta de disponibilidad de los intérpretes presenciales. En muchas ocasiones no saben si en su hospital hay intérpretes o si hay que localizar a alguno telefónicamente. Las urgencias plantean serios problemas, ya que requieren resolver situaciones de forma inmediata y no hay tiempo para esperar a un profesional de la interpretación, por lo que se recurre al acompañante, si lo hay. La falta de previsión es, sin duda, el mayor inconveniente. Asimismo, es probable que la experiencia fuera aún mejor si el intérprete fuera profesional, ya que, como indican los encuestados, algunas de las experiencias relatadas fueron con personas que disfrutaban de una beca de *Conselleria* que, aunque con formación en traducción e interpretación, no contaban con la experiencia deseable por parte de los sanitarios.

4.3.4. Ausencia de interpretación. El facultativo como intermediario lingüístico

La mayoría de los informantes manifiestan que cuando deben comunicarse con un paciente extranjero no se sirven de ningún intermediario, ni profesional ni no profesional. En la mayoría de ocasiones, 50 informantes intentan defenderse con los conocimientos que tienen de dos idiomas esencialmente: el inglés y el francés. Asimismo, 17 se comunican en español (hablando más despacio, articulando más) y mediante señas⁵. Solo dos informantes han declarado que si el paciente habla inglés o francés no tienen ningún problema en comunicarse con él. Observamos, por tanto, que el esquema triangular característico de la interpretación de enlace o bilateral se pierde por completo, y el médico asume una doble función: la propia, especialista en medicina, y la de «autointérprete», en la que, o bien traduce sus propias palabras o directamente pasa al idioma vehicular después de cerciorarse de cuál es. Esta solución, obviamente, da cuenta de la buena intención y buenas prácticas del personal sanitario: su interés es, ante todo, que el paciente entienda lo que debe comunicarle. Sin embargo plantea una serie de problemas con difícil solución:

- No todos los facultativos hablan inglés o francés.
- Aquellos que hablan estos idiomas no los dominan, necesariamente. El hecho de que manifiesten que se «defienden» indica que a menudo no están seguros de su nivel de lengua.
- Del cuestionario que hemos realizado, se deduce que las lenguas más demandadas son el inglés, el árabe y el rumano. Algunas de estas lenguas plantean, por tanto, un grave problema de comprensión por parte de los facultativos, que no suelen conocerlas.
- En general, el personal sanitario no está familiarizado con las diferencias culturales que imperan en el colectivo de pacientes extranjeros, que son inherentemente diversas.
- El personal sanitario no está familiarizado con las técnicas de interpretación aplicables en una consulta médica. En este caso no se puede hablar de interpretación en sentido estricto, sino que el facultativo intenta hablar una lengua que no domina para garantizar la comunicación con el paciente.

Pero no todo son desventajas. El médico está obligado, por su código deontológico, a respetar la confidencialidad, el secreto profesional y la imparcialidad, obligaciones que comparte con el intérprete (Sanz-Moreno, 2017). En este caso no es necesario que el facultativo tome conciencia de la importancia de estas obligaciones, ya que su profesión también le impone las mismas, por lo que su cumplimiento queda automáticamente garantizado.

4.4. Valoración de competencias

El personal sanitario ha otorgado puntuaciones bastante altas a todas las competencias, insistiendo en que el intérprete en el ámbito sanitario debe tener conocimientos médicos. De hecho, casi el 70 % de los encuestados considera que tener co-

nocimientos médicos sería recomendable, mientras que solo un 30,3 % entiende que no es necesario.

El 66,2 % de los informantes considera que sería recomendable que los intérpretes siguieran cursos de introducción a la medicina diseñados exclusivamente para estos, mientras que un 24,6 % estima que la realización de unas prácticas en un centro hospitalario sería lo que mejor ayudaría a un intérprete a conocer las dinámicas que allí se dan, cómo comunicarse con el personal, conocer pacientes de primera mano e interactuar en condiciones reales de trabajo. No creen que estudiar medicina sea necesario, ya que entienden que se trata de un profesional que trabaja con terminología y fraseología médica pero que no necesita conocimientos profundos sobre la profesión médica. Sí insisten, sin embargo, en que estar al corriente de aspectos más prácticos como el funcionamiento interno de un servicio (cada servicio tiene sus particularidades y sus dinámicas) o saber comunicar ciertas noticias a los pacientes o a sus familiares deberían tener relevancia en la formación de intérpretes en este ámbito.

En cuanto a las competencias que se han evaluado por parte de los facultativos, llama la atención que la más valorada ha sido la competencia lingüística, muy por delante del resto de competencias, y seguida del eventual impacto psicológico que pueda sufrir un intérprete en este contexto comunicativo (véase tabla 3).

Tabla 3. Valoración de las competencias necesarias para realizar interpretación en un contexto sanitario	
Competencias	Valoración sobre 5
Dominio de la lengua del paciente	4,4
Conocimiento de la cultura del paciente	3,1
Conocimiento de la terminología médica	3,27
Conocimiento de la fraseología médica	3,03
Conocimiento de la temática	2,9
Conocimiento del funcionamiento interno de cada servicio	2,06
Conocimiento de técnicas de interpretación	3,41
Gestión del estrés	3,29
Gestión del (posible) impacto psicológico	3,45

Como suele ocurrir, también para los profesionales médicos, el intérprete es considerado como un mero transmisor del mensaje, un traductor de una lengua a otra. Por esta razón, seguramente, la competencia lingüística es la más importante para ellos. Sin embargo, otras competencias como el conocimiento de la cultura, de la fraseología médica o de la temática no han obtenido una gran puntuación. Esto puede deberse a la imagen que impera del intérprete, que en la mayoría de los casos no se comprende como un mediador intercultural sino como alguien que realiza un trasvase de una lengua a otra. También se señala que dadas las nuevas tecnologías, los in-

térpretes pueden acceder a diccionarios en línea de forma automática, por lo que no existirían, según ellos, dificultades terminológicas. «Pueden buscar palabras en el traductor de Google. O también pueden preguntarnos a nosotros si no entienden algo» (I28). Obviamente, desconocen la capacidad de documentación del intérprete y la necesidad de acudir a fuentes fiables de información para garantizar la mejor interpretación, y admiten soluciones de traducción para «salir del paso».

Tal y como indica I1, «[I]ntentamos hacerlo lo mejor posible. Algunos médicos hablan inglés o, en menor medida, francés. Sin embargo, tenemos una gran afluencia de pacientes que provienen del África francófona o anglófona. En esos casos, no solo el acento, que es muy difícil de comprender, sino también, y especialmente las diferencias culturales plantean problemas graves de comunicación».

El personal sanitario no considera que la figura del intérprete sea indispensable para garantizar la comunicación entre médico y paciente, aunque sí muy recomendable. Solo cuatro informantes de los 65 estiman que el intérprete no es necesario en la interacción con un paciente extranjero. La necesidad de un intérprete profesional se justifica por las siguientes razones:

- Se trata de un momento vital para los pacientes.
- Permite un mejor diagnóstico y evitar posibles errores en el mismo.
- Puede mejorar la evolución del paciente.
- Puede acortar el tiempo que se dedica a cada paciente en consulta (se optimiza el tiempo).
- Mejora la relación médico-paciente: mayor comprensión implica también mayor confianza.
- Permite tener mayor certeza de que el paciente ha entendido la enfermedad, el tratamiento y el diagnóstico.
- Garantiza la confidencialidad.
- Permite mejorar la valoración y la evaluación del paciente mediante el análisis del lenguaje tanto verbal como no verbal (esencial en determinadas especialidades como en psiquiatría).

«En este sentido, considero que los intérpretes profesionales serían esenciales para nosotros y para nuestros pacientes extranjeros. En mi opinión, es evidente que deben recibir una formación completa que va más allá de los conocimientos lingüísticos o terminológicos. Un profundo conocimiento de las diferencias culturales y las distintas concepciones relacionadas con la enfermedad, la sexualidad o incluso la muerte, resultan fundamentales para entender a nuestros pacientes y, en consecuencia, proporcionarles una atención más completa y adecuada» (I5). Parece, pues, que los facultativos son conscientes de la importancia de contar con intérpretes en este ámbito, pero el problema que subyace es el económico.

5. A modo de conclusión

El desconocimiento que los facultativos tienen de la interpretación en el ámbito sanitario, y más concretamente, de aquellos servicios de los que pueden disponer los hospitales para comunicarse con sus pacientes extranjeros es, cuanto menos, preocupante. La figura del intérprete se percibe como

algo deseable pero no realizable, al menos a corto plazo. La falta de información sobre las competencias que reúne un intérprete profesional y la falta de disponibilidad de estos hacen que el personal sanitario recurra a la interpretación no profesional, aquella realizada por amigos o parientes que, como hemos indicado, son conocedores de la lengua española (aunque, en muchos casos, sus competencias lingüísticas no son óptimas, y menos para enfrentarse a un lenguaje tan especializado como el médico). Asimismo, el facultativo intenta resolver los problemas de comunicación con los pacientes extranjeros mediante sus propios conocimientos de idiomas.

La visibilización de la figura del intérprete profesional es esencial para que se pueda integrar en los hospitales como un miembro más de los equipos sanitarios. La multiculturalidad y el aumento de la inmigración hacen necesaria la presencia del intérprete para garantizar un servicio de calidad, pero además, para optimizar los tiempos de consulta, evitar errores en el diagnóstico o en la toma de decisiones sobre tratamientos, reforzar la confianza entre médico-paciente y garantizar la confidencialidad y la imparcialidad en unos contextos comunicativos tan delicados y sensibles como estos. Pero al margen de todas estas razones, los servicios sanitarios públicos deben velar por que el paciente extranjero entienda todo lo que se le comunica, por lo que deben proporcionar servicios de interpretación.

El hecho de que los facultativos intenten comunicarse con los pacientes con los medios de que disponen indica su interés por que la relación médico-paciente sea lo más estrecha posible, ya que la confianza en este ámbito es algo esencial. En este sentido, no solo el conocimiento de la lengua sino también el de la cultura del paciente es vital para garantizar la comunicación entre los agentes intervinientes en la situación comunicativa.

Por el momento, la Conselleria de Sanitat no tiene previsto ningún programa o acción que prevea la incorporación de servicios de interpretación en los hospitales valencianos. No obstante, según nuestra encuesta, 54 de los 65 informantes tendrían interés en recibir formación sobre intermediación lingüística y cultural para mejorar la comunicación con sus pacientes, lo que da cuenta de la preocupación que impera en el contexto sanitario sobre esta cuestión. Entendemos que plantear una colaboración estrecha y constante entre formadores de futuros intérpretes y traductores, por una parte, y profesionales médicos, por otra, contribuiría no solo a dar mayor visibilidad a la función del intérprete, sino también a que se otorgara la importancia que esta figura merece en un ámbito tan sensible como el sanitario. En este sentido, tanto formadores como instituciones públicas deberíamos aunar esfuerzos por que los hospitales valencianos contaran con servicios de intermediación lingüística y cultural con el fin de garantizar los derechos de los pacientes extranjeros.

Notas

1. Destacamos la iniciativa «Estrategia para la Internacionalización de las Universidades Españolas 2015-2020» del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014, que favorece la estancia de estudiantes extranjeros en nuestro país.

2. A los efectos de este estudio, nos hemos centrado en los hospitales públicos o concertados de la provincia de Valencia, descartando los hospitales privados, ya que dada la gestión privada en estos casos, es probable que la inclusión de los servicios de interpretación responda a otros criterios. En este estudio se han incluido informantes de los siguientes hospitales: Hospital La fe, Hospital Dr. Peset, Hospital de La Ribera, Hospital General, Hospital Clínico, Hospital Arnau de Vilanova, Hospital de Alcoy, Hospital de Gandía y Hospital de Requena.
3. A lo largo de este estudio, empleamos el término *extranjero* para referirnos a todo aquel ciudadano que no tiene nacionalidad española y que no habla español. Incluimos, por tanto, a los ciudadanos de la Unión Europea y del Espacio Schengen que, legalmente, no son considerados como extranjeros por formar parte de dicha organización internacional, pero que hablan otro idioma y provienen de diferentes culturas.
4. Todos los informantes se identifican con un número (I1, I2, I3, etc.) con el fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.
5. Sorprendentemente, tres informantes han indicado que utilizan el traductor de Google en su teléfono móvil para intentar comunicarse con el paciente cuando tienen serias dificultades.

Referencias bibliográficas

- Alonso, I., y J. Baigorri (2008): «Enseñar la interpretación en los servicios públicos: una experiencia docente», *Redit*, núm 1: 1-25.
- Blaxter, L., C. Hughes y M. Tight (2000): *Cómo se hace una investigación*. (Vol. Colección Herramientas Universitarias). Barcelona: Gedisa.
- Burdeus Domingo, N. y M. Arumí Ribas (2012): «Estudio de la práctica de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en el área metropolitana de Barcelona», *Sendebat* núm. 23, 2012: 17-36.
- Del Pozo Triviño, M.I y L. Campillo Rey (2016): «La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio de caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España», *Sendebat*, núm. 27, 2016: 73-95.
- Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (2014): Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana. DOCV núm. 7434 de 31.12.14. <http://www.dogv.gva.es/datos/2014/12/31/pdf/2014_11888.pdf> [consulta: 31.III.2018].
- Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (2003): *Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana*. [2003/1150] DOGV núm. 4430 de 31.01.2003. <https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0421/2003&L=1> [consulta: 31.III.2018].
- AUREN (2013): *Turismo de Salud en España*. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Escuela de Organización Industrial.
- García Luque, F. (2009): «La interpretación telefónica en el ámbito sanitario. Realidad social y reto pedagógico», *Redit* núm 3, 2009: 18-30.
- Hernández Sampieri, R., C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (2006): *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México: Mc Graw Hill.
- Lázaro Gutiérrez, R. y J.M. Tejero González (2017): «Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha», *Panace@* 2017; 18 (46): 97-107.

- Martin, A. (2007): «El grupo Comunica. Observatorio Permanente sobre la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en España», *Puentes*, 7, octubre 2007: 99-100.
- Navaza, B., L. Estévez y J. Serrano (2009): «‘Saque la lengua, por favor’. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España», *Panacea@* 2009; 10 (30): 141-156.
- Puyol Gil, L. y R. Martín Galacho (2012): «La acción mediadora en el hospital Ramón y Cajal. Intervención con población inmigrante en el programa “Nuevos Ciudadanos, Nuevos Pacientes” », *Revista de Mediación*. Año 3. nº 5. Marzo 2010. <<https://revistademediacion.com/articulos/la-accion-mediadora-en-el-hospital-ramon-y-cajal-intervencion-con-poblacion-inmigrante-en-el-programa-nuevos-ciudadanos-nuevos-pacientes/#autor1>> [consulta: 31.III.2018].
- Raga Gimeno, F. Grupo CRIT (2006). «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario», *Revista española de lingüística aplicada* (RESLA), Volumen monográfico 2006; pp. 217-229.
- Raga Gimeno, F. (2015): «En el corazón de la cultura. Hibridación y mediación intercultural en el ámbito de la salud mental», en Iciar Alonso Araguás, Alba Páez Rodríguez y Mario Samaniego Sastre (eds.): *Traducción y representaciones del conflicto desde España y América. Una perspectiva interdisciplinar*. Salamanca: Universidad de Salamanca y Universidad Católica de Temuco.
- Raga Gimeno, F., E. González Morillas y H. Baouchi (2014): «Mediación interlingüística e intercultural en salud mental», en *Grupo CRIT: La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares, pp. 221-264.
- Sales Salvador, D. (2005): «Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España», *Translation Journal*, 9 (1): 10-20.
- Sanz-Moreno, R. (2017): «Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula.», *Panacea@*, *Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 18 (46): 114-122.
- Valero Garcés, C. (2004): «Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural: Datos y acciones», *OFRIM, Suplementos-II*, Junio 2004: 17-36. <https://www.researchgate.net/publication/28089621_Barrieras_linguisticas_en_la_comunicacion_intercultural_Datos_y_acciones> [consulta: 29.III.2018].
- Valverde Jiménez, Mª R. (2013): «Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia», *Revista Electrónica de Enfermería Global*, núm. 29: 383-390.

